

子どものための教育・保育給付
兼子育てのための施設等利用給付

認定申請書

(宛先) 伊奈町長

令和 年 月 日

住所

保護者 氏名

電話(自宅)

携帯電話(父)

携帯電話(母)

次のとおり、子どものための教育・保育給付
子育てのための施設等利用給付に係る認定を申請します。

フリガナ		性別	生年月日
児童名		男・女	平成 令和 年 月 日
入園施設名		施設所在 市区町村名	市・区 町・村
		入園(予定)年月日	平成 令和 年 月 日
入園施設形態	幼稚園等・認定こども園(幼稚園部分)・認可外保育施設(ベビーシッターを含む)等		
保育の希望の有無 ※下記参照	有	保護者の労働などの理由により、幼稚園等の利用に加えて預かり保育の利用を希望する場合 又は、保護者の労働などの理由により、認可外保育施設(ベビーシッターを含む)等の利用を希望する場合 →①～③及び裏面を記入	
	無	預かり保育を除く、幼稚園等・障害児通所施設の利用を希望する場合 →②、③及び裏面を記入	

・「幼稚園等」とは、認定こども園(教育部分)及び幼稚園(国立大学付属幼稚園・特別支援学校幼稚部を含む)をいいます。
・「認可外保育施設(ベビーシッターを含む)等」とは、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業をいいます。

①保育の実施を 必要とする理由 ※保育の必要性が確認でき る書類を添付してください。	父	1 就労 2 妊娠・出産 3 病気・障害 4 介護等 5 求職中 6 就学 7 災害復旧 8 その他()
	母	1 就労 2 妊娠・出産 3 病気・障害 4 介護等 5 求職中 6 就学 7 災害復旧 8 その他()

②児童の家庭状況

【住民登録上別世帯の同居の方も含まれます】	フリガナ	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校・ 幼稚園・保育施設等	障害者手帳 の有無 (※)
	氏名					
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無
生活保護の状況			適用なし ・ 適用あり (年 月 日 保護開始)			

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付、特別児童扶養手当・障害基礎年金の受給の有無について記入してください。

③上記入園施設に加え、認可外保育施設等を利用する(予定含む)方は、利用施設名等を記載ください。

利用施設 (サービス)名		施設所在 市区町村名	市・区 町・村
		入園(予定)年月日	平成 令和 年 月 日
施設(サービス)形態	認可外保育施設(ベビーシッター含む)・一時預かり・病児保育・子育て援助活動(ファミリー・サポート)		
利用施設 (サービス)名		施設所在 市区町村名	市・区 町・村
		入園(予定)年月日	平成 令和 年 月 日
施設(サービス)形態	認可外保育施設(ベビーシッター含む)・一時預かり・病児保育・子育て援助活動(ファミリー・サポート)		
利用施設 (サービス)名		施設所在 市区町村名	市・区 町・村
		入園(予定)年月日	平成 令和 年 月 日
施設(サービス)形態	認可外保育施設(ベビーシッター含む)・一時預かり・病児保育・子育て援助活動(ファミリー・サポート)		

<裏面に続く>

認定申請に係るチェックシート

(重要事項確認票)

認定申請に関して、以下の確認項目の内容を確認し、チェックリストを提出してください。すべての項目に目を通していただき、左欄の□にチェック(☑)を付けてください。

確認事項																																					
<input type="checkbox"/>	子ども・子育て支援法第16条及び第30条の3の規定に基づき、当該認定に係る審査及び申請者や同居親族等の市町村民税課税状況等の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。																																				
<input type="checkbox"/>	行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第14条の規定に基づき、申請書表面②児童の家庭状況欄に記載いただいた申請者や同居親族等の市町村民税関係情報等を確認することを目的に、伊奈町子育て支援課は、伊奈町が保有するマイナンバー(個人番号)等を取得することがあります。																																				
<input type="checkbox"/>	<p>上記1・2によって申請児童保護者の必要な情報が確認できなかった場合、伊奈町子育て支援課より申請者へ所得(課税)証明書等各種必要書類の提出を依頼することがあります。</p> <p>※単身赴任等により申請児童と別居している保護者がいる場合は、ご記入をお願いします。</p> <table border="1"><thead><tr><th>フリガナ 氏名</th><th>児童との 続柄</th><th>生年月日</th><th>年齢</th><th>職業・学校等</th><th>障害者手帳 の有無</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>有・無</td></tr><tr><td colspan="6">現住所</td></tr><tr><th>フリガナ 氏名</th><th>児童との 続柄</th><th>生年月日</th><th>年齢</th><th>職業・学校等</th><th>障害者手帳 の有無</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>有・無</td></tr><tr><td colspan="6">現住所</td></tr></tbody></table>	フリガナ 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無						有・無	現住所						フリガナ 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無						有・無	現住所					
フリガナ 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無																																
					有・無																																
現住所																																					
フリガナ 氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無																																
					有・無																																
現住所																																					
<input type="checkbox"/>	申請書等に記載した内容並びにその内容に基づき決定した利用者負担額及び認定の内容は、子どものための教育・保育給付費及び施設等利用費の支給並びに給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者を提供することがあります。																																				
<input type="checkbox"/>	制度施行初年度及び新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第20条第6項及び第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。																																				
<input type="checkbox"/>	既に施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定を受けている方については、以前の申請内容から変更がある場合のみ、新たに認定通知書を発行いたします。																																				
<input type="checkbox"/>	申請内容が事実と相違した場合は、子どものための教育・保育給付・施設等利用給付に係る認定を取り消すことがあります。申請後、申請した内容に変更があった場合は、必ず「認定変更申請書」をご提出ください。(離婚した、結婚した、転居した等)変更内容によっては、上記の添付書類の提出が必要となる場合があります。																																				
<input type="checkbox"/>	認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第59条の2に規定する事業(企業主導型保育事業)の利用がある場合は、本認定の申請はできません。																																				

以上を確認、承諾したうえで、子どものための教育・保育給付認定及び子育てのための施設等利用給付認定の申請を行います。

令和 年 月 日

署名欄 保護者氏名(自署)

保護者氏名(自署)

※ 保護者が複数いるときは、全員の署名をお願いします。